IIme ANNÉE. — N° 5. 15 MAI 1882.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

6.

REAL COLLEGE DE SUISSE 24 FEB 19

MÉMOIRES

Résumé de quelques leçons sur deux cas de kystes échinocoques suppurés du foie. — Traitement par le siphon ambulant. — Fonction désassimilatrice du foie,

Par le prof. L. Revilliod.

Messieurs, les hasards de la clinique fournissent parfois de singulières coïncidences, et il n'est pas rare de voir se succéder à bref délai, dans les salles des hôpitaux, des curiosités pathologiques qu'une longue vie de praticien peut n'avoir jamais rencontrées.

C'est ainsi que vous avez eu l'occasion, à 24 heures de distance, d'assister à l'autopsie d'un kyste échinocoque du foie et à la ponction d'une tumeur de même nature chez un homme qui, nous voulons l'espérer, est en bonne voie de guérison.

Permettez-moi de vous rappeler l'histoire de ces deux malades, en insistant, chemin faisant, sur les côtés intéressants qu'ils ont présentés.

Il s'agit d'abord d'une femme de 34 ans, Piémontaise, matelassière, entrée dans nos salles le 2 novembre, morte le 14 du même mois et dont voici l'observation, recueillie par M. Wyss, assistant.

Anamnèse. Cette femme raconte s'être assez bien portée jusqu'en 1875. A cette époque, elle fit une fausse couche. Puis serait survenue une hernie crurale et peu après une tumeur de la région épigastrique, tumeur plus ou moins réductible, mais qui se serait progressivement agrandie. Le Dr Odier, appelé à donner des soins à la malade, aurait fait dans cette tumeur une ponction exploratrice qui n'aurait donné qu'un peu de sang, de

sorte que, depuis lors, médecins et malade auraient pensé n'avoir eu à faire qu'à une hernie épigastrique. Sa santé s'est d'ailleurs maintenue dans un état assez satisfaisant, sauf quelques coliques de temps à autre, assez légères pour permettre à la malade de continuer ses travaux.

En juillet dernier, elle fut prise de nouveau de maux de ventre, de douleurs en ceinture, s'irradiant à l'omoplate droite, s'accompagnant parfois de ballonnement, de constipation, de gêne respiratoire, soif, fièvre, perte d'appétit, céphalalgie, amaigrissement. Elle vint passer quelque temps dans le service de M. Long, puis fut soignée à la policlinique.

Depuis la fin de septembre, elle est ictérique. Enfin, ces derniers jours, elle fut prise de vomissements glaireux, bilieux et alimentaires qui l'ont décidée à rentrer à l'Hôpital.

A son entrée le 2 novembre, on constate un ictère généralisé et de l'amaigrissement. Le ventre est ballonné, douloureux spontanément et à la pression. Dans la région épigastrique est une tumeur ovoïde à grand axe vertical de 15 centim. de long sur 10 de large, tumeur mate, immobile, présentant un certain degré de fluctuation profonde. Le flanc et la fosse iliaque droite sont également tendus, mats et douloureux à la pression, de sorte qu'il est difficile de limiter le bord inférieur du foie, qui paraît cependant très abaissé, tandis qu'à gauche on constate de la sonorité et moins de sensibilité. La rate est un peu agrandie. L'utérus est abaissé, les culs-de-sac antérieur et droit sont effacés, le gauche très long.

Rien de particulier au cœur, ni aux poumons. Mais la matité remonte à droite jusqu'à la troisième côte en avant, et jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate en arrière. A ce point s'entend un souffle doux, lointain, mêlé de quelques frottements. Nombreux râles à la base gauche.

La malade accuse de l'angoisse, de l'anorexie, des nausées; la langue est blanche, le pouls est à 128, la température à 38.8, la respiration 44.

En présence des symptômes, ictère, fièvre, ballonnement douloureux de l'hypochondre et du flanc droit, nous pouvions supposer une inflammation des canaux biliaires, du canal cholédoque, inflammation due peut-être à des calculs biliaires et propagée à l'intestin et au péritoine du voisinage. Mais nous n'avions pas de motifs suffisants pour affirmer la présence de calculs ou admettre telle autre cause locale d'irritation de cette

région. L'aspect général et l'intégrité des sommets des poumons éloignaient l'idée d'une tuberculose abdominale. Nous ne pouvions pas mieux admettre une dégénérescence cancéreuse.

Quant à la tumeur de l'épigastre, une ponction exploratrice pouvait seule nous éclairer. Pratiquée le 8 novembre, elle ne nous donna, comme à Odier, que quelques gouttes de sang. Remarquons que l'aiguille implantée dans la tumeur et abandonnée à elle-même décrivait des mouvements spiroïdes assez étendus, comme cela s'observe lorsqu'on ponctionne des anses intestinales distendues, de sorte que nous n'avions qu'à la retirer, pensant, comme la malade elle-même, que nous n'avions affaire qu'à une hernie épigastrique, peut-être adhérente et immobilisée par la phlegmasie du voisinage. (Maintenant que nous savons qu'il s'agissait d'un kyste hydatique, faut-il supposer que ces mouvements de l'aiguille peuvent être dus à la collision des vésicules les unes contre les autres.)

Restait cette matité de la base droite du thorax qui ne laissait pas que d'être suspecte. Sa forme, excluant l'idée qu'elle put dépendre du poumon, indiquait la présence d'un liquide sus ou sous-diaphragmatique. Une ponction faite dans le septième espace intercostal en arrière de la ligne axillaire postérieure donna 100 gr. d'un liquide brun foncé, opaque, teinté de sang, renfermant des globules de sang, de pus, des cristaux brunâtres en forme d'aiguilles et des bactéries ; mais point de cellules hépatiques, pas de crochets. Impossible de rien conclure de cet examen, si ce n'est que le sérum de ce liquide filtré ne donnait par l'acide nitrique qu'un léger nuage albumineux, fait qui parlait énergiquement en faveur d'un liquide hydatique. Mais l'insuccès de la ponction de l'épigastre, insuccès que nous ne pouvons maintenant attribuer qu'à la finesse de l'aiguille dont nous nous sommes servis, devait laisser notre diagnostic en suspens, bien que d'autres aient eu le même résultat négatif (Voyez Sevestre, *Progrès médical,* 1879, p. 657). Dans ces circonstances difficiles, nous étions arrivés par exclusion à admettre, comme l'hypothèse la plus probable, l'existence d'une tumeur à échinocoques multiloculaire, nous basant sur le grand développement du foie, sur l'ictère, la tumeur de l'épigastre, le résultat négatif de la ponction de cette région, enfin la nature du liquide aspiré en arrière et qui pouvait provenir d'une de ces cavernes qui existent au centre de ces tumeurs.

Quant au pronostic, il n'était hélas ! que trop certain. Le

14 novembre, notre malade succombait par l'aggravation de tous les symptômes, teinte bronzée de l'ictère, fièvre, distension de l'abdomen, etc.

L'autopsie a été pratiquée par le professeur Zahn, qui a bien voulu nous en remettre le procès-verbal dont nous extrayons ce qui suit :

Femme de petite taille, très amaigrie, sans œdème ; forte coloration ictérique de la peau et des conjonctives. A l'épigastre, se trouve une éminence conique, tendue, molle au sommet, mesurant 120mm à la base.

Abdomen légèrement bombé, surtout à gauche. Thorax étroit en haut, symétrique, un peu élargi à la partie inférieure. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule environ un litre d'un liquide trouble, ictérique avec flocons fibrineux. L'épiploon adhère à la partie antérieure. Le foie, considérablement agrandi, descend jusque près de la crête iliaque, adhère à la paroi abdominale par des pseudo-membranes fibrineuses jaunâtres et des membranes organisées fortement hypérémiées avec nombreuses ecchymoses. Le diaphragme remonte en avant jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte à gauche, de la troisième côte à droite.

La tumeur de l'épigastre dépendant du lobe gauche du foie est incisée sur place couche par couche. Le dernier coup de scalpel fait jaillir des cascades de vésicules hydatiques, intactes ou déchirées, nageant dans un liquide jaune, d'apparence purulente, plus ou moins épais.

La face convexe du foie est séparée du diaphragme par une vaste cavité limitée à droite par des fausses membranes anciennes, à gauche par le ligament suspenseur, remplie par un liquide de même apparence et contenant également des vésicules, les unes transparentes, d'autres colorées en jaune et incrustées par des sels biliaires. En arrière et dans les parties déclives, le liquide est brunâtre (comme celui qui avait été aspiré 4 jours auparavant) ; il s'y trouve un caillot sanguin gros comme un noyau de cerise. La séreuse est partout couverte de fausses membranes ictériques.

La surface du foie qui regarde cette cavité est le siège d'une tuméfaction considérable, au centre de laquelle existe une perte de substance comme taillée à l'emporte-pièce, et dans laquelle une vésicule est engagée. En exerçant une pression sur la masse du foie, cette vésicule sort en jet, suivie d'une multitude d'autres également plus ou moins colorées en jaune, et avec elles une grande quantité de liquide aqueux et purulent. Une tuméfaction pareille à la précédente, mais sans perforation, existe à la face inférieure. Le côlon transverse, l'estomac adhéraient au bord inférieur du foie, ainsi que quelques anses intestinales entre elles, par des pseudo-membranes et des membranes organisées, fortement hypérémiées avec quelques ecchymoses.

La tuméfaction de la région postérieure est, comme l'épigastrique, constituée par une vaste cavité dont la paroi est par places incrustée de sels ;

à la partie inférieure de cette cavité se trouvent deux ouvertures, dont l'une communique avec le canal hépatique très élargi et dans lequel se trouve une vésicule. Outre ces deux ouvertures, il en existe un assez grand nombre de plus petites qui débouchent presque toutes obliquement dans la cavité et appartiennent à des canaux biliaires dont la paroi a disparu sur plusieurs points de leur trajet. A la coupe, le tissu hépatique présente l'aspect de l'atrophie rouge et un grand nombre de petits abcès semés probablement le long des canaux biliaires et formant, par-ci par-là, de véritables petites cavernes.

En examinant ces foyers jaunâtres au microscope, on constate que « le centre est formé par un canalicule hépatique rempli de débris de cellules et de matières biliaires, et entouré d'une forte infiltration de globules de pus. A proximité du canalicule, les cellules hépatiques font défaut ; à leur place existent de fines granulations en partie graisseuses et surtout des globules de pus qui pénètrent loin entre les rangées de cellules hépatiques.

La paroi du kyste est constituée par un tissu conjonctif scléreux qui se continue assez loin entre les lobules hépatiques ; ceux-ci sont comprimés, les cellules hépatiques fortement colorées en jaune et atrophiées. Les canalicules hépatiques dans le voisinage des parois sont gorgés de cellules épithéliales.

Ajoutons qu'en comprimant la vésicule biliaire, il ne s'écoulait du canal cholédoque qu'un liquide muqueux complètement clair.

La rate est grande, molle, couverte de pseudo-membranes, la pulpe pâle, diffluente.

Le cœur est pâle, ictérique, mou.

Les poumons atélectasiés et œdematiés par places. Le droit convert de membranes fibrineuses.

L'intestin hypérémié, ecchymosé par places, contient des matières grises, décolorées, de mauvaise odeur.

En résumé, il s'agit d'un kyste hydatique du volume d'une tête d'homme environ, intéressant une bonne partie de la masse du foie, bombant en avant à l'épigastre, en bas à la face inférieure, en haut, sous le diaphragme où s'est faite une perforation avec formation d'une cavité secondaire. Une inflammation suppurative a envahi ce kyste, gagnant la membrane fibreuse du foie et la séreuse d'enveloppe et détruisant la membrane propre du kyste. L'inflammation s'est propagée le long des canaux biliaires, ulcérant leurs parois et provoquant la formation de foyers de suppuration sur leur trajet et un écoulement de bile entre la membrane fibreuse du foie et la paroi du kyste.

Ces données anatomiques concordent assez bien avec le tableau clinique présenté par notre malade, mais s'éloigne de la

symptomatologie classique du kyste hydatique, lequel ne s'accompagne en général ni de fièvre, ni d'ictère, ni d'accidents généraux aussi graves. C'est que nous avions à faire à des complications qui obscurcissaient les données séméiologiques et à une tendance ulcéreuse qui rendait beaucoup plus probable en apparence l'hypothèse que nous avions faite d'une tumeur à échinocoques multiloculaire, d'après les motifs indiqués plus haut.

Quoi qu'il en soit, il ressort de là, Messieurs, un précieux enseignement qui va trouver son application immédiate si nous nous transportons vers notre homme couché au n° 16, malade que M. le prof. Zahn a bien voulu nous adresser et qui, comme nous allons le voir, présente des analogies frappantes avec la malade dont nous venons d'examiner les pièces. Comme chez celle-ci, nous retrouvons une tumeur faisant saillie à l'épigastre, un énorme développement du foie dans tous ses diamètres, un ictère foncé avec amaigrissement et déperdition des forces. Il en diffère cependant en ce sens que, tandis que la femme du n° 25 était entrée dans un état désespéré, l'homme que nous allons ponctionner est d'une constitution encore assez solide ; il n'a pas de fièvre, il se nourrit bien et se présente avec des conditions qui semblent offrir au traitement de certaines chances de succès.

Voici du reste son observation recueillie par M. Darier, assistant.

Le nommé C., Savoyard, cultivateur, sobre, ne signale aucun antécédent morbide. En 1870, il fit la campagne de Metz qui l'avait beaucoup fatigué, sans qu'il eût cependant contracté aucune maladie. Fait prisonnier, il passa huit mois à Coblenz et à Cologne, puis revint dans son pays reprendre ses travaux.

Il y a 3 ans, à la suite d'un refroidissement, il eut des frissons et un point de côté à droite avec ictère des conjonctives. Le Dr Voutier, de Moutiers (Tarentaise), constata alors que le foie avait déjà un volume exagéré et le traita par les eaux alcalines. La couleur de ses yeux redevint peu à peu naturelle et sa santé se rétablit jusqu'au commencement de 1881. Mais, depuis lors, il s'aperçut que ses forces faiblissaient, qu'il éprouvait un sentiment de poids dans le ventre, qu'il était plus vite fatigué et essoufflé, enfin que la région épigastrique devenait grosse, proéminente. Les digestions s'accompagnaient de renvois et d'aigreurs.

C'est en juin que l'ictère se développa de nouveau pour ne plus disparaître. En même temps les urines devinrent foncées, rouges, presque noires, les matières fécales blanchâtres et pâlantes. Le gonflement de l'épigastre prit des proportions inquiétantes et donnaient lieu à des douleurs, tiraillements, à de l'oppression et à de la gêne dans les mouvements, surtout s'il cherchait à se pencher en avant.

Il fit sans succès une cure à Brides, et dut finalement renoncer à son métier.

État actuel. Homme de 37 ans, taille 1m64, poids 66 kilog. Amaigri, affaibli, présentant le nœud musculaire au biceps; teint et urines ictériques; selles décolorées, infectes; démangeaisons; apyrexie; pouls régulier; cœur et poumons sains. Pas d'ascite, pas d'anasarque nulle part; l'inspection de l'hypochondre droit et de l'épigastre témoigne de suite d'un développement considérable du foie, comme on peut en juger fort bien d'après les photographies annexées. (Voir Pl. III, fig. 1 et 2).

Les côtes droites depuis la septième sont projetées en avant, leurs espaces élargis. A l'épigastre se trouve une tumeur saillante paraissant divisée en deux lobes droit et gauche par un étranglement qui répond au ligament falciforme. La tumeur se continue avec le foie dont la surface est lisse et dont le bord inférieur, parti des fausses-côtes gauches, descend obliquement à droite, atteignant une ligne horizontale qui passe au-dessous de l'ombilic et le révèle à l'œil par un pli transversal des parois abdominales. La peau tendue au niveau des bosselures de l'épigastre permet de constater une fluctuation profonde et même une sorte de sensation de flot, mais pas de frémissement hydatique. Toute cette masse qui commence à la quatrième côte en avant, à la septième côte en arrière, est absolument mate à la percussion. Elle mesure 27 centimètres de hauteur sur la ligne mamillaire droite. Le plus grand périmètre du thorax est de 98 cent. La rate est un peu agrandie.

Du reste, le malade n'accuse guère de douleur à la pression, ni à la percussion; il se nourrit assez bien, et ne se plaint que de faiblesse, de gêne dans les mouvements et d'incapacité complète de se livrer au moindre travail corporel.

Diagnostic. Le contraste frappant entre l'état général et l'état local de la région hépatique de notre malade, les données séméiologiques fournies par l'inspection, la palpation, la pression et la percussion ne peuvent laisser le moindre doute sur le

diagnostic. Il s'agit bien d'un foie extraordinairement agrandi dans tous ses diamètres et envahi, comme l'indique la fluctuation des saillies de l'épigastre, par une collection liquide, c'est-à-dire kystique, c'est-à-dire hydatique.

La fluctuation suffit pour nous faire affirmer qu'il y a là un vrai kyste hydatique, plutôt qu'une tumeur échinocoque transformée en caverne, car, d'après le travail de Carrière sur la tumeur hydatique alvéolaire (Paris 1868, p. 165), ce signe n'a existé que « dans un seul cas, celui de Griesinger, ce qui s'expliquait par le volume énorme de la cavité et la quantité du liquide qui y était contenue. » Mais n'y a-t-il qu'un kyste simple et ne pouvons-nous pas supposer que ce foie ne soit aussi compromis que celui de la femme P*** ? C'est fort à craindre si nous comparons leurs deux descriptions dans lesquelles nous constatons des analogies si frappantes.

Nous retrouvons, en effet, dans ces deux cas les mêmes dispositions anatomiques. Chacun d'eux a les mêmes trois foyers d'extension, cherchant à se faire jour à l'épigastre, à la face diaphragmatique et à la face inférieure. Chez tous deux nous avons cet ictère intense qui dure depuis six mois, allant progressivement en augmentant, indiquant la compression des canaux excréteurs, peut-être même aussi leur ulcération et la communication entre leur contenu et celui du kyste.

Aussi le *pronostic* n'est-il guère rassurant. L'autopsie d'hier est d'un fâcheux augure et justifierait les craintes d'une terminaison fatale par l'imminence d'un travail phlegmasique se propageant rapidement au péritoine. Remarquons cependant que notre malade n'est, pour le moment du moins, sous le coup d'aucun processus fébrile ou inflammatoire, qu'il n'y a aucune menace de péritonite, que nous n'avons à faire, après tout, qu'à une affection toute locale, pour ainsi dire chirurgicale, dans laquelle la lésion constitue toute la maladie, ce qui n'est guère le cas pour toute autre altération du foie. Enlevons par la pensée ce corps étranger, cette épine, cause permanente d'irritation et d'ulcération du voisinage et nous verrions notre malade récupérer rapidement les forces et la santé. Mais sa guérison est à ce prix. Tout le pronostic est donc attaché aux particularités anatomo-pathologiques que nous allons rencontrer et desquelles dépendent le choix et le succès de la méthode thérapeutique que nous devons employer.

S'il s'agit d'un kyste même considérable, mais uniloculaire,

contenant un liquide homogène, eau de roche, nous pourrions espérer la guérison définitive avec une simple ponction et aspiration. Depuis Dieulafoy et son instrument, les cas de guérison ne se comptent plus. Le liquide fût-il même épais, dense, coloré et chargé de bile, la guérison pourrait encore être obtenue avec la ponction simple ou suivie d'une injection iodée. Permettez-moi de vous citer à l'appui une observation que j'ai publiée en février 1873 dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande* et de vous montrer ce liquide brun, jaune verdâtre que j'ai extrait par une seconde et dernière ponction, en 1868, du foie d'une jeune dame, laquelle jouit maintenant de la santé la plus florissante.

Mais si, comme dans notre premier cas, les canalicules biliaires sont envahis par un travail ulcératif, si la substance du foie est creusée de petites cavernes, infiltrée de pus, de bile, de tissu conjonctif, alors nous ne pourrons guère nous bercer d'espoir. Seule, la suite des événements nous éclairera à ce sujet.

Traitement. Si, pour notre autre malade, nous avons péché par excès de prudence ou de timidité, vu l'état grave dans lequel elle se trouvait, vu l'incertitude du diagnostic, — et heureusement, vu l'étendue des lésions du foie que l'autopsie nous a démontrée, — ici nous pouvons et devons intervenir, car l'expectation, l'attente d'une guérison spontanée n'est absolument pas admissible, et dussions-nous échouer, l'indication ne s'en impose pas moins d'évacuer autant que possible le liquide emprisonné dans ce foie.

Nous ne parlerons pas du traitement médical, pas même de l'électrolyse qui a donné des succès, que M. Dujardin-Beaumetz a préconisée encore tout récemment, mais n'est pas entrée rondement dans la pratique courante. Nous commencerons par une ponction qui sera à la fois exploratrice et évacuatrice. Peut-être sera-t-elle suffisante? Mais il se peut que le contenu du kyste, tout ou partie, refuse de pénétrer dans la canule du trocart, auquel cas il faudra songer à une large ouverture par le procédé Récamier qui a l'avantage de former de solides adhérences préalables entre les feuillets du péritoine et qui nous a donné un si beau résultat en 1872 pour un kyste hydatique de l'abdomen chez la même dame dont j'ai parlé ci-dessus (*Bul. Soc. méd. de la Suisse romande,* 1873, p. 46).

Mais si, comme c'est possible, les faces antérieure, supérieure et inférieure du foie répondent à trois collections peut-être indé-

pendantes, nous devrons nous en tenir aux ponctions, quitte à les répéter aussi souvent que ce sera nécessaire, et à les pratiquer aux centres de ces différents foyers.

Nous allons donc commencer ce traitement par la saillie la plus tendue, la plus superficielle, celle qui se trouve à l'épigastre, à gauche du ligament falciforme, au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Armé du trocart et du vide de l'appareil Potain, nous pénétrons sans peine dans la cavité. Le flacon aspirateur se remplit peu à peu de 750 grammes de liquide brun clair, opaque, teinte café au lait, mêlé de débris de membranes hydatiques, la plupart déchirées, quelques-unes intactes, sphériques, de la grosseur d'une noix, dans lesquelles le microscope révèle la présence des crochets caractéristiques. Le sérum ne donne pas la réaction de la bile et ne contient qu'une faible quantité d'albumine. L'aspiration terminée, on remarque que les deux bosselures de l'épigastre sont affaissées. Le malade avait été préalablement purgé. Après la ponction, il est mis dans l'immobilité en décubitus dorsal, avec un bandage de corps couvert d'un sac de glace. Il prendra du lait froid et un peu de bouillon comme unique nourriture, une potion laudanisée et un gramme d'iodure de potassium, selon la recommandation de Hawkins et de Jaccoud.

Ceci se passait le 16 novembre. Trois jours après, nous rendons peu à peu la liberté à notre patient qui avait du reste fort bien supporté ces mesures hygiéniques destinées à éviter le moindre suintement de liquide dans le péritoine, et que nous avons renouvelées depuis lors après chaque ponction.

Le 19, le petit orifice de la ponction est complètement cicatrisé. Le thermomètre n'a pas dépassé 37.7. Le malade ne se plaint que d'haleine fétide. Un lavement le débarrasse d'une selle copieuse, blanche et infecte.

Mais le 29 novembre, le foie a repris ses premières dimensions. Sans être très tendues, les bosselures de l'épigastre se dessinent.

Une ponction pratiquée sur la saillie droite de l'épigastre donne 1425 grammes d'un liquide café au lait, contenant, comme le précédent, de la graisse, des crochets, quelques membranes, mais, en outre, de l'albumine et de la bile; densité 1020.

Le foie, toujours indolore, a considérablement diminué. La

peau et les urines sont moins ictériques. Les matières fécales prennent une teinte orangée, elles sont striées de sang et moins infectes.

Le 11 décembre, l'épigastre et l'hypochondre droit nous donnent la sensation d'une surface empâtée, inégale, comme cratériforme; ce qui était en saillie semble être concave; il n'y a nulle part de la fluctuation. Mais en arrière, nous avons encore une submatité depuis la septième côte, une matité absolue depuis la neuvième. Les espaces intercostaux sont distants les uns des autres, ce qui démontre que les ponctions faites en avant n'ont pas évacué la région postéro-supérieure. Une troisième ponction faite dans le neuvième espace sur la ligne axillaire postérieure traverse différents plans de consistance plus ou moins résistante, arrive enfin dans le vide et donne issue à 700 grammes d'un liquide brun foncé, trouble, qui contient de l'albumine, de la bile, de la graisse, des cristaux d'hématine, des sédiments amorphes brun foncé, pas de membranes, pas de crochets dans huit préparations (Darier). Il est probable que les hydatides détruites par la présence de la bile se sont entassées dans les parties déclives, hors de portée de la canule aspiratrice.

Le foie subit un retrait considérable, il n'est plus perceptible dans le flanc, au-dessous du rebord de la neuvième et dixième côte.

Le 13 décembre, la température s'est élevée à 39.5, mais elle était déjà revenue à 36.8 le 14 au matin, après l'administration de 0,50 de sulfate de quinine, pour ne plus remonter au-dessus de la normale.

L'état général se maintient assez bon, mais l'épigastre du côté droit se remplit à nouveau.

Le 23 décembre, nous pratiquons notre quatrième ponction au même point que la seconde qui nous paraît le plus favorable à l'écoulement.

Nous devons, du reste, prévoir la possibilité d'un traitement ayant pour résultat d'entretenir un écoulement permanent, et, si nos ponctions déterminent quelques adhérences, il est bon que celles-ci soient concentrées autant que possible sur un même point. L'aspiration fut, cette fois, longue et difficile par le fait d'un grand nombre de membranes épaisses qui obstruaient la canule et nécessitaient l'usage du mandrin. Soit pour faciliter l'arrivée du liquide, soit pour modifier la vitalité des parois kystiques, nous injectons en plusieurs fois une solution iodée

(eau distillée 150 grammes, iode et iodure de potassium aâ 0,20) laquelle nous avait si bien réussi dans le cas dont nous avons parlé plus haut. Au bout d'une heure, nous avons aspiré 1150 grammes, soit 1000 grammes du liquide kystique jaunâtre, du reste identique à celui que nous avaient fourni les deux premières ponctions.

Ce liquide est donc toujours blanc-jaunâtre en avant, rouge-brun sous le diaphragme, identique à celui de la femme P***.

Nous supprimons l'iodure de potassium qui n'a pas répondu aux espérances formulées par les auteurs.

15 janvier 1882. L'épigastre est de nouveau bombé comme auparavant, tendu lorsque le malade est debout, se laissant déprimer lorsqu'il est couché; on sent alors les saillies fluctuantes dépressibles. Notre patient a encore maigri, il s'ennuie, se décourage, pensant que ces ponctions ne sont que palliatives et ne s'opposent pas aux ravages que les échinocoques peuvent encore produire dans son foie.

Ces impressions, assez justifiées, après ces quatre ponctions qui laissent les choses à peu près dans leur état primitif, bien qu'elles aient soustrait plus de trois litres de liquide, réclament donc un traitement plus radical; elles réclament un écoulement large, facile et permanent, bien entendu après adhérences solides entre les feuillets du péritoine. Mais il est bien tard pour employer le procédé Récamier, qui, selon toutes prévisions, demanderait trois à quatre semaines pour traverser l'épaisseur des parois qui nous séparent de la cavité kystique. Nous n'avons donc à choisir que le procédé de la canule à demeure que nous avons modifié de la manière suivante :

Au lieu d'un trocart d'un gros calibre qui est toujours plus ou moins offensant, nous nous sommes servis, comme précédemment, du même trocart n° 2 Potain, l'introduisant dans la même bosselure de droite où nous avions déjà fait deux ponctions. Puis, ajustant à la canule un tube de caoutchouc terminé par un entonnoir, nous avons commencé par laver consciencieusement notre kyste à grande eau légèrement phéniquée, puis laissé le tube en place, son extrémité plongeant au pied du lit dans un bol où le liquide kystique s'écoulait sans cesse. — C'était, en un mot, appliquer à une collection hépatique le siphon pleural que nous employons d'habitude et avec succès au traitement de l'empyème.

Huit jours après (le 22 janvier) la canule étant un peu mobi-

lisée, nous pouvions espérer que les adhérences étaient suffisamment établies pour retirer sans danger le tube métallique et lui substituer un tube en caoutchouc. Mais celui-ci devant être le plus gros possible, il fallait pour cela élargir le trajet. Dans ce but, nous avons: 1° introduit dans le kyste par la canule une mince tige d'acier, tout simplement une aiguille à tricoter; 2° retiré la canule; 3° glissé dans le trajet sur l'aiguille qui lui servait de guide une tige de laminaria canaliculée et huilée; 4° retiré l'aiguille, opération qui s'est faite sans secousse, sans difficulté et sans douleur.

Le lendemain, la laminaria était suffisamment gonflée pour permettre l'introduction facile d'un gros tube de caoutchouc. Ce procédé n'est qu'une modification appropriée aux circonstances de celui qu'emploie pour l'empyème, et même pour les cavernes phtisiques proprement dites, notre collègue de Cérenville qui entre dans la plèvre avec un *gros* trocart dans la canule duquel il fait pénétrer la laminaria (*Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande,* 1876, p. 248 et 372).

Une fois le tube en caoutchouc fixé dans le foie, comme on peut le voir Planche III, fig. 3, et immergeant par son autre extrémité dans un récipient à niveau inférieur, nous avions obtenu ce que nous pouvions désirer. D'après le principe du siphon, nous avions un appel continu, permanent, du contenu hépatique dans cette bouteille que le malade tenait à la main ou dans la poche de son pantalon. Car maintenant le séjour au lit n'est pas nécessaire, au contraire. Notre malade peut et doit se lever, marcher, se promener, condition favorable pour remonter son état général; il peut vaquer à ses affaires dans une sécurité complète, car il n'y a plus à craindre de rétention du liquide; aussitôt formé, celui-ci doit se précipiter à l'orifice inférieur du tube et permettre ainsi le retrait des parois du kyste. C'est depuis l'installation du siphon que nous avons vu la masse du foie reprendre définitivement ses dimensions et ses limites naturelles. La bouteille graduée nous fournit en outre jour par jour la notion de la rapidité de la marche de la guérison par le nombre de centimètres cubes que le kyste peut recevoir. Ainsi, le 25 janvier, la capacité de la poche n'était plus que de 550 grammes; le 2 février, 350 gr.; le 5 février, 200 gr.: le 11, 150 gr.; le 1er mars, 50 gr. C'est alors que nous pensons pouvoir supprimer le tube, introduisant simplement chaque jour une sonde métallique qui retire les quelques grammes de liquide que le

kyste contient encore, liquide toujours assez épais, blanchâtre, visqueux comme des crachats, composé de poussière d'échinocoques.

A la fin de mars, l'orifice ne donne plus qu'un liquide transparent, filant comme de la synovie, mêlé de pus sanguinolent qui se dépose au fond. Il a une densité de 1014, renferme de l'albumine, pas d'urée, pas de crochets.

Enfin, actuellement, 1er mai, il ne reste qu'un trajet fistuleux ne laissant pénétrer une fine sonde qu'à 8 centimètres de profondeur. Quant à la collection de la base du thorax en arrière, ponctionnée le 11 décembre, les limites de la matité nous permettent de supposer qu'elle n'existe plus.

Pendant ce temps, l'état général de notre malade s'améliorait de jour en jour depuis le 15 janvier, jour de l'établissement du siphon. L'ictère allait en diminuant, les urines devenaient plus claires, les selles d'argileuses qu'elles étaient, prenaient une couleur orangée puis brune, d'où l'on pouvait facilement conclure que le canal cholédoque, primitivement comprimé, se libérait. Enfin, depuis que le malade pouvait se lever, il reprenait des forces et de l'embonpoint. A son entrée, le 11 novembre, il pesait 66 kilog, le 2 décembre, après sa deuxième ponction, 62 kilog, le 20 décembre, 63,200, le 28 décembre, après la quatrième ponction, 62,400. le 4 janvier, 66,300, le 1er février, 15 jours après le siphon 60,500, mais le 21 février, il arrivait à 63,700 et le 13 mars à 66,000, le 3 avril à 67,500, le 25 avril à 68,000.

Ces diverses alternatives en plus ou en moins étaient évidemment dues à la formation et à l'évacuation successives du liquide kystique, mais l'augmentation de poids qui commença en février pour progresser régulièrement, représentait un embonpoint de bon aloi, dont il est, du reste, facile de juger au simple coup d'œil.

Nous voici donc autorisés par l'examen de l'état général et de l'état local de notre malade à considérer sa guérison définitive comme très prochaine.

Mais il est un autre criterium qui nous guidait dans nos prévisions pronostiques et nous permettait d'admettre que le foie, quoique endommagé sur ses trois points cardinaux, jouissait encore d'un degré de fonctionnement suffisant.

Ce criterium nous le cherchions dans la quantité d'urée excrétée.

Murchisson[1], Charcot[2], et surtout Brouardel[3] en lançant magistralement l'idée de l'intervention du foie dans la fabricade l'urée, ont non seulement éclairé d'un nouveau jour la physiologie de cet organe et de la nutrition en général, mais ils ont encore fourni aux cliniciens des ressources précieuses pour le diagnostic et le pronostic des affections du foie. La quantité d'urée sécrétée et éliminée en 24 heures serait, pour ces auteurs, l'expression exacte et proportionnelle de l'intégrité ou de l'altération des cellules hépatiques et de l'activité plus ou moins grande de la circulation hépatique. Telle est la théorie qui a été soutenue et appuyée par des données physiologiques et des faits d'observation nombreux et éloquents. Et cependant, malgré l'autorité de ces auteurs, elle n'a pas été admise sans conteste, elle a même rencontré de nombreux contradicteurs. Citons les thèses de A. Martin (Réflexions sur les rapports de l'urée avec le foie, 1877), de Félix Valmont (Étude sur les causes des variations de l'urée dans quelques maladies du foie, 1879), un mémoire de Rommelære (*Annales de la Faculté de médecine de Bruxelles,* 1880), un article de Lecorché et Talamon dans leurs *Études médicales de la maison municipale de santé,* auteurs qui ont repris cette question et lui ont porté un coup assez sérieux.

En effet, sans compter les chances d'erreur attachées à toute recherche de chimie biologique, on sait que la quantité d'urée subit dans l'état physiologique des variations constantes selon le genre d'alimentation, selon l'exercice ou le repos, le sommeil ou la veille et mille autres conditions insaisissables ; on sait que dans l'état pathologique, les affections du foie suivent une marche généralement lente, progressive, cachectisante, se compliquent de troubles fonctionnels des autres appareils et de toute la substance, de sorte que les recherches urologiques peuvent difficilement fournir des chiffres d'urée ou des oscillations concluantes et capables d'entraîner la conviction. Et ce sont sur des faits de cette nature que l'édifice de la fonc-

[1] Murchisson. Leçons cliniques sur les maladies du foie, 1871, et 2me édition traduite par Cyr, 1878.

[2] Charcot. *Progrès médical,* 1876, et Leçons sur les maladies du foie, 1877.

[3] Brouardel. L'urée et le foie. Paris, 1877.

tion désassimilatrice du foie a été tour à tour construit et ébranlé.

Or le cas qui nous occupe se présente au contraire avec des conditions spéciales qui lui donnent, à ce propos, un intérêt tout particulier. Nous sommes, en effet, en présence d'un foie qui, tout en étant probablement plus ou moins altéré dans une bonne partie de sa substance, est surtout fortement comprimé par ces masses parasitaires qui y ont élu domicile. Sa trame vasculaire et son tissu sont aplatis comme ceux d'un poumon qui a dû fuir et revenir sur lui-même pour céder la place à un épanchement pleural et de même que le poumon reprend son volume et ses fonctions après la soustraction du liquide de la plèvre, de même le foie doit, une fois décomprimé, reprendre sa vie physiologique. La présence de collections liquides profondément enclavées dans le parenchyme hépatique, mais ponctionnables, constitue donc pour ce genre de recherches une condition des plus heureuses et telle qu'aucune expérimentation ne saurait réaliser.

Brouardel dit que « la quantité d'urée est en rapport avec la circulation hépatique. » Eh bien! en un instant par un coup de trocart, nous pouvons restituer au foie au moins une bonne partie de sa circulation et de ses fonctions qui n'avaient été que momentanément supprimées.

Voyons donc ce que nous dit la courbe d'urée dont la quantité a été mesurée chaque jour sur l'urine de 24 heures, par M. Darier, avec l'appareil Esbach et avec toute l'exactitude possible.

Un simple coup d'œil sur la courbe que voici (Planche IV), en dira plus long que bien des dissertations : Pendant les cinq jours d'observation qui ont précédé la première ponction — si, toutefois, nous pouvons tirer quelques conclusions d'un si court espace de temps — l'urée subit des oscillations indiquant non une abolition, mais une certaine irrégularité fonctionnelle, comme si la formation ou l'élimination de l'urée se faisait par décharges successives.

Puis l'ère des ponctions commencée, nous voyons que chacune d'elles est suivie d'une augmentation dans la quantité d'urée, quantité d'autant plus grande que celle du liquide soustrait a été plus abondante.

Cette augmentation ne succède pas immédiatement à la ponction. La décompression du foie, ainsi que les phènomènes chimi-

ques qui en résultent, demandent effectivement un certain temps pour s'opérer. C'est, du reste, ce que nous observons aussi pendant le mouvement fébrile. L'élévation du chiffre de l'urée *suit*, en effet, toujours l'élévation de température; elle lui est consécutive et non contemporaine. Il en est de même de la libération des canaux biliaires et de l'écoulement de la bile dans le duodénum qui ne s'accusaient par la coloration des fèces, que peu à peu et graduellement.

Remarquez encore que l'ascension du chiffre de l'urée consécutive aux ponctions, si énergique qu'elle soit, ne se maintient pas longtemps, parce que la formation nouvelle et sans issue du liquide kystique entrave de nouveau la circulation du foie. La descente de l'urée indique donc la nécessité d'une nouvelle ponction. Mais aussitôt le siphon établi et l'écoulement rendu permanent, l'urée, arrivée à 70 gr., reste élevée, s'abaisse lentement et ne descend plus au-dessous de la normale, parce que le tissu normal du foie ne rencontre plus d'obstacle à son mouvement d'expansion.

Remarquez enfin, chose capitale, que pendant plusieurs jours consécutifs après chacune des ponctions, nous condamnions notre malade au repos absolu — glace sur le ventre — et à une diète sévère, ne lui donnant pour toute nourriture qu'une tasse de lait le matin, de bouillon le soir, et ce n'est que peu à peu qu'il revenait au régime habituel, fort peu azoté d'ailleurs. Or, la diète et l'immobilité sont les conditions majeures de la diminution de l'urée et c'est précisément alors que ces conditions existaient dans toute leur rigueur que l'urée montait à des chiffres prodigieux !

Impossible d'expliquer ce fait qui s'est reproduit à cinq reprises successives, autrement que par la réalité de l'existence d'une propriété uréopoiétique du foie, propriété que le traitement a révélée de la manière la plus plausible. Impossible de fournir à la théorie de Murchisson, Charcot et Brouardel, une démonstration plus éclatante.

De l'ozène catarrhal[1],

Par le Dr F. Borel,
Chirurgien de l'hôpital de la Providence à Neuchâtel.

Messieurs, la jeune fille que je vous présente aujourd'hui, est atteinte d'une affection dont il est trop rarement question dans les cliniques et qui se présente cependant très souvent dans la pratique; je veux parler de ce mal repoussant connu sous le nom de punaisie ou d'ozène.

Sous la dénomination collective d'*ozène,* on a toujours confondu plusieurs affections du nez accompagnées de mauvaise odeur. Si vous présentiez cette malade à un grand nombre de médecins qui se sont occupés de la question et que vous leur demandiez de quoi elle est affectée, comment son mal s'est développé et ce qu'il y aurait à faire pour la guérir, vous entendriez les opinions les plus diverses; cela ne veut pas dire que toutes ces opinions ne soient justes et fondées sur des observations exactes. Ainsi Zaufal peut avoir raison en disant que l'ozène provient d'un développement trop petit des cornets nasaux et que par conséquent la cavité nasale est trop grande, ce qui entraîne, par la respiration, un desséchement de la sécrétion muqueuse. Un autre peut être dans le vrai s'il prétend que tout ozène est, de nature, scrofuleux. Cependant il y a une forme particulière d'ozène qui ne dénote ni une forme défectueuse de l'intérieur du nez, ni une origine scrofuleuse ou autre, et je crois que ce sont là les cas de beaucoup les plus fréquents. Ceux d'entre vous, Messieurs, qui m'ont fait le plaisir de suivre les visites de l'hôpital pendant leurs vacances précédentes, se souviendront d'avoir vu plusieurs cas semblables à celui-ci.

La jeune fille, A. R., âgée de 19 ans, était en service à Paris lorsque son mal débuta ; elle perdit sa place à cause de l'odeur horrible qu'elle exhalait par le nez ; ni les douches, ni les cautérisations au nitrate d'argent, ni le régime tonique ou antiscrofuleux n'eurent d'effet. La pauvre jeune fille se vit obligée de chercher un soulagement dans notre hôpital.

Sous tous les rapports, son aspect général correspond à l'âge

[1] Leçons données à l'*Hôpital de la Providence* à quelques étudiants en médecine pendant leurs vacances.